

составил: атипичная резекция легкого – 1 случай, лобэктомия – 2, билобэктомия – 2. Доступом во всех случаях являлась стандартная переднебоковая торакотомия. Снижение концентрации тестостерона у пациентов 2 группы было статистически значимым ( $p_{\text{Wilcoxon}}=0,0022$ ).

Частота дефицита тестостерона на 1-3 сутки после операции составила 87% [95% ДИ: 78%-96%].

Летальность у пациентов с ОИДЛ, имевших на момент поступления дефицит тестостерона, составила 17% (умерло 8 из 47 пациентов), а у пациентов без него – 8% (умер 1 из 13 пациентов) ( $p_{\text{Fisher}}=0,67$ ). Летальность у пациентов с ОИДЛ, имевших дефицит тестостерона на 1-3 сутки после операции была 15% (умерло 8 из 53 пациентов), при его отсутствии – 14% (умер 1 из 7 пациентов) ( $p_{\text{Fisher}}=1,0$ ).

#### **Выводы.**

1. У пациентов без исходного дефицита тестостерона на 1-3 сутки после операции происходит снижение его уровня с 7,07 [5,57; 9,04] нг/мл до 4,35 [2,03; 5,24] нг/мл ( $p_{\text{Wilcoxon}}=0,0022$ ).

2. Операционная травма способствует росту числа случаев дефицита тестостерона на 1-3 сутки после операции у пациентов-мужчин с ОИДЛ с 78% [95% ДИ: 67%-89%] до 87% [95% ДИ: 78%-96%] ( $p=0,21$ ;  $\chi^2=1,59$ ).

3. Наличие исходного и послеоперационного дефицита тестостерона ассоциировано с более высокими показателями летальности (8% против 17%, при  $p_{\text{Fisher}}=0,67$ , и 14% против 15%, при  $p_{\text{Fisher}}=1,0$ , соответственно).

#### **Литература:**

1. Бисенков, Л.Г. Хирургия острых инфекционных деструкций легких: рук-во для врачей / Л.Н. Бисенков, В.И. Попов, С.А. Шалаев ; под ред. Ф.Х. Кутушева. – СПб. : Изд-во ДЕАН, 2003. – 400 с.

2. Рябов, Г.А. Синдромы критических состояний / Г.А. Рябов. – М. : Медицина, 1994. – 368 с.

3. Мурашко, Н.В. Современные подходы к диагностике и лечению синдрома дефицита тестостерона у мужчин : учеб-метод. пособие / Н.В. Мурашко. – Минск : БелМАПО, 2016. – 20 с.

**УДК 616.718-001.5-089(476.5)**

### **ЛЕЧЕНИЕ ПЕРЕЛОМОВ ДЛИННЫХ КОСТЕЙ КОНЕЧНОСТЕЙ В УСЛОВИЯХ БОЛЬНИЦЫ СКОРОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ**

**Сиротко В.В.<sup>1</sup>, Гайко В.И.<sup>1</sup>, Евдокимов Д.В.<sup>1</sup>, Церковский А.Е.<sup>2</sup>,  
Федоров Г.В.<sup>2</sup>, Дуганов Д.С.<sup>2</sup>**

УО «Витебский государственный медицинский университет»<sup>1</sup>  
УЗ «Витебская городская клиническая больница скорой  
медицинской помощи»<sup>2</sup>

**Введение.** Оптимизация методов лечения пациентов с повреждениями опорно-двигательного аппарата (ОДА) с каждым годом приобретает все большее значение, т.к. растет тяжесть травм, число пострадавших, растет инвалидность и смертность от травм. Особое значение имеет тот факт, что большинство пострадавших – люди трудоспособного возраста - 28-40 лет. Переломы длинных костей конечностей (ПДКК) составляют немалый процент и в отдаленном периоде определяют значительные сроки

нетрудоспособности и инвалидности [1,2]. Это обуславливают не только медицинскую, но и социальную значимость лечения данных переломов [1,2].

**Целью данного исследования** явилось изучение вариантов использования методик внутреннего остеосинтеза у пациентов с переломами длинных костей конечностей (ПДКК).

**Материал и методы.** Нами проведен анализ лечения 326 пациентов с ПДКК в травматологическом отделении Витебской городской клинической больницы скорой медицинской помощи в 2014 – 2016 г.г.

**Результаты исследования и обсуждение.** Среди пациентов анализируемой группы мужчин было 187 (57%), женщин – 139 (43%). Открытые переломы диагностированы у 27 (8%) пациентов, закрытые – у 299 (92%). Переломы голени имели место у 133 (41%) пациентов, бедра – у 108 (33%), плеча – 85 (26%). Травмы в быту получили 304 (93%) пациентов, в дорожно-транспортных происшествиях – 10 (3%), на производстве – 12 (4%).

Переломы плечевой кости чаще имели место у женщин в 57% случаев, в возрасте старше 50 лет – более 70%. У мужчин в возрасте от 30 до 40 лет, от 50 до 60 лет и старше – в 72% случаев. Переломы бедренной кости отмечены у мужчин – в 51% случаев, при этом в возрасте от 50 до 60 лет – в 29% случаев. У женщин они чаще отмечены в возрасте старше 60 лет – в 75%. Переломы костей голени чаще встречались у мужчин – в 71% случаев, в возрасте от 40 до 50 лет – в 30%. У женщин – в 29% случаях, при этом они чаще имели место в возрасте старше 60 лет – в 32% случаев.

Переломы плечевой кости чаще отмечены в январе – у 20 % пациентов, костей голени в июне, июле – у 25%, бедренной кости в октябре, ноябре – у 30 %. Переломы плечевой кости чаще локализовались в средней трети – у 40 % пациентов, бедренной кости в верхней трети – у 49%, костей голени в нижней трети – у 53 %. Перед оперативным вмешательством, пострадавшим с переломами бедренной кости проводилось лечение в условиях скелетного вытяжения в 93 (86%) случаях, из них у пациентов с переломами вертельной области – в 22 (20%); с переломами костей голени - в условиях скелетного вытяжения – в 62 (47%) случаях; с переломами плечевой кости в гипсовой повязке – в 28 (33%).

Оперативное лечение проводилось 221 (68%) пациентам. При этом при переломах плечевой кости оперативные вмешательства проведены у 59 (69%) пациентов, бедренной кости – у 65 (60%), костей голени – у 97 (73%). Выбор метода лечения определялся общим состоянием пациента, характером и локализацией перелома, наличием сопутствующей патологии. Накостный остеосинтез выполнен 166 (75%) пациентам, интрамедуллярный остеосинтез с блокированием 47 (21%), внеочаговый остеосинтез по Илизарову – 8 (4%). Интрамедуллярный остеосинтез с блокированием при переломах плечевой кости выполнен у 8 (14%) пациентов, при переломах бедра – у 30 (46%), голени – у 9 (9%). Рассматривая распределение методики интрамедуллярного остеосинтеза с блокированием по сегментам длинных костей конечностей, необходимо отметить, что наибольшая частота его использования имела место у пациентов с локализацией переломов в верхней трети - в 29 (62%) случаях, а при переломах бедренной кости в верхней трети – в 23 (77%) случаях (при переломах вертельной области – в 9 (40%). Наименьшая частота использования интрамедуллярного остеосинтеза с блокированием отмечена при локализации ПДКК в нижней трети – в 7 (15%) случаях.

Для наkostного остеосинтеза максимальное значение данного показателя было отмечено для переломов дистального сегмента большеберцовой кости – в 40 (48%) случаях, а минимальное – проксимального и среднего сегмента бедренной кости – по 11(32%) случаев соответственно (Табл. 1).

Таблица 1. Виды остеосинтеза ПДКК

|  | Интрамедуллярный остеосинтез с блокированием |             | Накостный остеосинтез |             |
|--|--|-------------|-----------------------|-------------|
|  | п  | %           | п                     | %           |
| <b>Плечевая кость, всего, в т.ч.</b>       | <b>8</b>                                     | <b>17</b>   | <b>48</b>             | <b>29</b>   |
| Верхняя треть                              | 5  | 63          | 21                    | 44          |
| Средняя треть                              | 2  | 25          | 13                    | 27          |
| Нижняя треть                               | 1  | 12          | 14                    | 29          |
| <b>Бедренная кость, всего, в т.ч.</b>      | <b>30</b>                                    | <b>64</b>   | <b>34</b>             | <b>20</b>   |
| Верхняя треть                              | 23   | 77          | 11                    | 32          |
| Средняя треть                              | 4  | 13          | 11                    | 32          |
| Нижняя треть                               | 3  | 10          | 12                    | 36          |
| <b>Большеберцовая кость, всего, в т.ч.</b> | <b>9</b>                                     | <b>19</b>   | <b>84</b>             | <b>51</b>   |
| Верхняя треть                              | 1  | 11          | 18                    | 21          |
| Средняя треть                              | 5  | 56          | 26                    | 31          |
| Нижняя треть                               | 3  | 33          | 40                    | 48          |
| <b>Итого</b>                               | <b>47</b>                                    | <b>100%</b> | <b>166</b>            | <b>100%</b> |

п – количество операций

#### Заключение

1. Интрамедуллярный остеосинтез с блокированием применялся: при переломах плечевой кости в верхней трети – в 63% случаев, переломах бедренной кости в верхней трети – в 77% случаев, переломах большеберцовой кости в средней трети – в 56% случаев.

2. Накостный остеосинтез применялся при переломах бедра в нижней трети в 36% случаев, при переломах голени в нижней трети - в 48 %, при переломах плеча в верхней трети – в 44%.

#### Литература:

1. Астафичев, М.Е. Тактика лечения больных с переломом средней и нижней трети голени / М.Е. Астафичев // Применение современных технологий лечения в российской травматологии и ортопедии : сб. тез. междунар. конф. травматологов-ортопедов, Москва, 3–4 нояб. 2016 г. – С. 13 – 15.

2. Тихилов, Р.М. Современное состояние проблемы использования внутреннего остеосинтеза при лечении пострадавших с переломами длинных костей конечностей в условиях городского многопрофильного стационара российского мегаполиса / Р.М. Тихилов, И.Г. Беленький, Д.И. Кутянов // Травматология и ортопедия России. – 2013. – № 2. – С. 5–11.